RÉGIME LOCAL

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg.
Mention : Médecine

ANNÉE 1923 № 15

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Théodore Singer

né à Wintzenheim (Haut-Rhin) le 1er mai 1895

Un Syndrome paranoïde chez un cas de cancer.

(Observé au service du Prof. PFERSDORFF à Strasbourg)

Président : Mr le Professeur PFERSDORFF

STRASBOURG
Imprimerie Solidarité, 56, rue Jacques-Kablé
1923

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg.
Mention: Médecine

ANNÉE 1923 № 15

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Théodore Singer

né à Wintzenheim (Haut-Rhin) le 1er mai 1895

Un Syndrome paranoïde chez un cas de cancer.

(Observé au service du Prof. PFERSDORFF à Strasbourg)

Président: Mr le Professeur PFERSDORFF

STRASBOURG
Imprimerie Solidarité, 56, rue Jacques-Kablé
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	WEISS O. ✲ ✪ I.
Assesseur		CHAVIGNY O. ✲ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✪ A.
Histologie		BOUIN ✲ ✪ I.
Physiologie		N . . .
Physique biologique		WEISS O. ✲ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✪ A.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ✪ A.
Hygiène, Bactériologie		BORREL O. ✲ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✲ ✪ I.
Clinique médicale		BARD O. ✲ ✪ I. BLUM Léon ✲ ✪ A.
Clinique chirurgicale		SENCERT O. ✲ ✪ I. STOLZ ✲ ✪ A.
Clinique ophtalmologique		DUVERGER ✪ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✲ ✪ A.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✪ A.
Clinique neurologique		BARRÉ ✲ ✪ A.
Clinique oto-rhinolaryngologique .		N . . .
Clinique gynécologique et accouchements . . .		SCHICKELE ✪ A.

Chargés de cours

MM. ARON Max ✪ A.
BELLOCQ ✪ A.
BLUM (Paul) ✲ ✪ I.
CANUYT
GELMA ✪ A.
GÉRY ✪ A.
BOEZ
GUNSETT ✪ A.
HANNS ✲ ✪ A.
HUGEL ✪ A.
KELLER ✪ A.
LICKTEIG ✪ A.
WEILL ✪ A.
REEB ✪ A.
ROHMER ✪ A.
SCHAEFFER ✪ A.
SCHWARTZ ✪ A.
VAUCHER ✪ A.
FONTÈS
HUMBERT ✪ A.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Mr LE PROFESSEUR PFERSDORFF

Professeur de la Clinique psychiatrique

à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Un Syndrome paranoïde chez un cas de cancer

observé au service du Prof. Pfersdorff à Strasbourg.

Il s'agit d'un négociant R., né à Strasbourg, marié. âgé de 34 ans, qui a un enfant.

Fut admis le 28 juillet 1921 à la clinique psychiatrique.

Les antécédents familiaux sont très chargés. Un frère et la grand'mère souffraient d'épilepsie. La mère est asthmatique et depuis des années elle est en traitement pour une lithiase biliaire.

Les antécédents personnels relèvent une histoire riche en maladies somatiques.

L'accouchement était normal, la croissance rapide grâce à une bonne hygiène dans la jeunesse. La puberté se passait sans manifestations spéciales, pas d'onanisme.

A l'école il a eu beaucoup de difficultés d'apprendre. Il était très distrait et quittait l'école à l'âge de 15 ans pour faire un apprentissage à une banque, où il exerçait ses fonctions à la satisfaction de ses chefs.

Le développement psychique dans sa jeunesse ne démontre aucune abnormité. On ne peut constater dans son caractère ni une susceptibilité particulière, ni une impulsivité exagérée. A l'âge de vingt ans, il dut changer de profession sur le conseil de son médecin: se plaignant toujours d'une mauvaise digestion et de douleurs dans la région cardiaque, son médecin lui conseillait de travailler chez ses parents dans l'agriculture. Il y travailla 8 ans et s'en trouva bien. Alors il se refit employé de bureau dans

l'usine d'automobiles de Mr. Mathis, où ses troubles digestifs réapparurent.

Dans ses antécédents on ne peut constater ni alcoolisme, ni morphinomanie, ni saturnisme. On peut éliminer la syphilis. Aucun coup de misère physiologique ou de surmenage physique et intellectuel à noter.

Les antécédents personnels ne montrent donc nulle particularité psychique. Il est de même avec ses antécédents pathologiques qui sont intéressants du point de vue somatique.

Dans son enfance il a fait une scarlatine et une rougeole. A l'âge de 12 ans un rhumatisme articulaire qui durait 8 semaines et recidivait après 6 mois pour durer alors 3 mois.

A l'âge de 19 ans ses troubles digestifs, mentionnés plus haut, débutèrent. Ils se caractérisaient par une constipation tenace, des éructations après les repas, des douleurs dans la région épigastrique. Par un régime, approprié dont il jouissait pendant son séjour de campagne chez les parents, ses troubles s'amendèrent pour recommencer, lorsqu'il entra chez Mr. Mathis. Il se traînait toujours et se fatiguait très vite. En 1916, après des angines réitérées, il se fit faire l'ablation des amygdales. Il sortit trop tôt et attrapa une otite moyenne qui guérit par une paracentèse après 6 semaines. En septembre 1916 il fut soldat. En décembre lorsqu'un soir il voulait ramasser quelque chose, il sentit un petit nodule à côté du mamelon gauche qui grandit de jour en jour. Un autre nodule se montra dans le creux axillaire.

A l'hôpital militaire il fut opéré en janvier 1917 par le Dr. Sackenreiter. C'est là qu'on disait qu'il avait un cancer du sein. Il „entendait très bien les paroles des médecins qui s'entretenaient sur son cas de cancer."

Depuis ce temps il était constamment malade, presque toujours alité, souffrait beaucoup de refroidissements.

Du 12 septembre 1919 jusqu'au 24 juin 1920 il était en traitement dans la clinique médicale B, pour rhumatisme articulaire, pleurésie gauche, insuffisance mitrale, diabète insipide, atonie et ptose de l'estomac, tuberculose fibreuse pulmonaire. A peine avait-il quitté la clinique qu'un ictère apparaissait qui durait 8 mois. Le 24 janvier 1921 il se fit admettre dans la clinique chirurgicale B (professeur Stolz), où on constatait une tumeur du conduit hépatique On y pratiquait une anastomose hépatico-duodénale. Le médecin constatait alors un cancer du conduit hépatique. Il quittait le service du professeur Stolz le 9 avril 1921. Le 25 juillet il se fait de nouveau admettre dans la clinique médicale B, qui l'envoie le 28 juillet dans la clinique psychiatrique.

Examen lors de l'admission.

L'état de nutrition est très mauvais. Il a de la fièvre.

Une cicatrice dans la ligne médiane abdominale (opération!) une deuxième cicatrice dans l'aiselle gauche. Il n'a plus de mamelon à gauche. Teint ictérique du corps.

Le coeur révèle un souffle systolique à la pointe. Dans la région de la grande mammaire gauche, vestiges d'une ancienne radiodermite.

L'examen des poumons fait constater un épanchement pleurétique à droite qui va jusqu'à la 7 vertèbre thoracale.

L'examen microscopique recèle des lymphocytes en abondance, pas des cellules cancéreuses.

Il s'agit d'une pleurésie fibrineuse de nature tuberculeuse.

Examen psychique lors de l'admission.
Interrogatoire.

Il ne donne aucun renseignement d'abord. Après quelque temps: „Ils veulent me tuer. Je leur ai échappé. Ils ont versé de l'éther dans ma soupe. Je le sais très bien." (Traduction de l'alsacien en français.)

— Entendez-vous des voix? —

— Non, je ne connais pas des voix! —

Le malade est orienté dans le temps et dans l'espace.

Il n'a pas eu des hallucinations, ni auditives, ni visuelles.

Cependant à la clinique médicale B il a remarqué un goût d'éther dans la soupe. „C'est le Dr. Schwab, qui a voulu me tuer par l'éther." „Le professeur Blum a donné l'ordre de me tuer. Il veut faire mon autopsie pour voir, si j'ai un cancer." — Lui-même, il est persuadé qu'il a un cancer.

Sa femme donne les renseignements cités plus haut. de la jeunesse, de la famille et de la vie du malade. Elle le connait depuis 14 années.

Elle n'a jamais remarqué de troubles mentaux. „Il est vrai, il était très sérieux et renfermé, mais cela n'avait rien d'exagéré."

Pour la première fois, elle a vu une abnormité le jour de noël 1920: „Il accusait des crampes dans l'abdomen, parlait pour lui-même; et sur nos questions, il nous envoya au théâtre. Lorsque nous revînmes, la chambre était fermée, un papier sur la table indiquant qu'il voulait nous débarrasser du fardeau et qu'il aurait l'intention de mourir. En effet, il avait pris du morphium et du pantopon. Au mur il a attaché un cordon pour effectuer sa pendaison.

Depuis ce temps, ces troubles mentaux persistaient. Toujours il parlait à l'enfant de sa mort imminente. Le 25 juillet il s'en alla sans indication spéciale et se fit admettre dans la clinique médicale B.

A la clinique médicale, il racontait qu'il voulait se faire opérer pour qu'il puisse mourir. Sa femme aurait voulu l'empoisonner avec de l'arsenic, qu'elle aurait mis dans le lait. Sa femme aurait gaspillé toute sa fortune.

„Depuis quelque temps il manifestait des idées de jalousie. Son humeur était très variante, tantôt déprimée, tantôt gaie.

Son intolérance habituelle vis-à-vis de l'alcool se fortifiait la semaine dernière d'une façon telle qu'il me mal traita après avoir bu deux verres de bière."

L'intelligence semble sans déficit. R. est un homme de connaissances normales.

Calculs:

$$3 \times 27 = 81$$
$$4 \times 81 = 324$$
$$192 - 45 = 147$$

Il peut bien reproduire un article de journal.

Epreuve des proverbes:

1. — Les apparences sont trompeuses —

Réponse: Ce qui se montre resplendissant, ne l'est pas toujours. Souvent au fond, il y a autre chose.

2. — Ce qui se ressemble, s'assemble —

Réponse: On peut dire: aussi: Dis-moi qui tu hantes et je te dis qui tu es.

Les sens:

Goût, odorat, sens visuel, auditif, tactil.

Capitale de France: Paris.
d'Angleterre: Londres
d'Italie: Rome
de Russie: Moscou
de Turquie: Constantinople

Les deux dernières guerres:
1870—1871 et 1914—1918.

L'épreuve des associations selon Jung-Ricklin, faite deux fois dans cinq jours, ne donne que des réactions substantielles, sans variations remarquables, ni tendance d'égorelations.

Voici le tableau:

Mot d'appel	Réactions	
	25 août	30 août
1. Noël	pin	id.
2. Dimanche	jour férié	id.
3. Hiver	neige	saison froide
4. Lac.	bateau à vapeur	id.
5. Elève	apprendre	id.
6. Père	a une famille	id.
7. Table	pour y manger	objet de ménage
8. Tête	Centre de la mémoire	id.
9. Encre	pour écrire	id.
10. Aiguille	pour coudre	id.
11. Pain	vivres humaines	id.
12. Lampe	pour la nuit	id.
13. Arbre	plante	id.
14. Montagne	Elévation de la terre	id.
15. Rêve	Spectre nocturne	Evènement se réflétant pendant le sommeil.
16. Cahier	pour écrire	id.
17. Papier	pour écrire aussi	id.
18. Livre	pour lire	id.
19. Ecole	pour l'éducation	pour les sciences
20. Chanter	Modification de la voix	id.
21. Bague	pour les doigts	id.
22. Dent	dans la bouche	id.
23. Fenêtre	pour la lumière	id.
24. Grenouille	animal vivant dans l'eau et sur terre	id.
25. Fleur	Plante spéciale	id.

Evolution.

Depuis le 15 août il est très indifférent. Il ne croit plus qu'on veuille le tuer pour faire son autopsie.

Après cette période d'accalmie, le 27 août de nouvelles idées délirantes surgissent, dont voici le contenu:

Le professeur, l'assistant et le volontaire ont fait un complot contre lui pour le tuer. Deux messieurs ont passé devant son lit (des stagiaires) qui également adhèrent à ce „Bund". On lui pratiquera une injection pour qu'il s'endorme. Il a puisé cela des conversations qu'on a tenues devant son lit. Mais mieux vaudrait d'exécuter ce complot tout de suite.

Le 28 août: Mêmes idées délirantes. „Aujourd'hui ils m'ont étranglé les intestins, c'est pourquoi j'ai vomi cette nuit. Rien ne passe plus dans les intestins.

Question: Par quel moyen a-t-on étranglé les intestins?

Réponse: Avec du plâtre.

En effet, il a des vomissements et une diarrhée. L'état général est mauvais.

Le 29 août il ne croit plus qu'on veuille le tuer. „Tout est du nonsens et de la fumisterie." Il est calme. Pas d'idées délirantes. L'état général est meilleur. En dehors de quelques frottements du côté droit les signes de pleurésie ont disparu. Ni vomissements, ni diarrhée, ni fièvre.

4 septembre. Pas d'idées délirantes. Un peu de dyspnée. Quelques râles muqueux à la pointe du côté gauche.

8 septembre. Dyspnée plus prononcée. Le malade est un peu euphorique. „Comment vous portez-vous? — „Ah, ne me demandez surtout pas de ces enfantillages de persécution," répond-il, en souriant.

12 septembre. Persistance de l'état euphorique.

15 septembre. On est obligé de transférer le malade dans une autre chambre parce que les voisins sont incommodés par ses crachats. Il se pleint de ce fait, est de mauvaise humeur. Mais pas d'idées délirantes.

20 septembre. Il tousse fort. Pas d'idées délirantes.

26 septembre. Lorsque la visite médicale passe, il s'écrie: „Mr. le professeur, j'ai à vous parler — " — „Eh bien?" — „Je suis retenu ici à tort, on m'a emprisonné ici, je suis entièrement rétabli, mais on ne me laisse pas rentrer —" „Mais si vous rentez, il vous faudrait quand même vous coucher chez vous —" „Mais, chez moi, j'ai une belle chambre, ça pue ici —" „Vous êtes encore malade —" „Oui, je sais, on veut me retenir, je sais que le docteur Blum attend impatiemment pour faire mon autopsie —" „Mais vous n'êtes pas médecin, vous pouvez atteindre l'âge de 80 ans et si le Dr. Blum veut attendre, il lui faudra l'âge de 100 ans, afin de faire votre autopsie". — „Mes intestins s'étranglent de plus en plus et je vous dis que je mourrai bientôt." Le malade est très excité.

Les jours suivants il ne profère pas d'idées délirantes

12 octobre: Il est très calme. A propos d'une visite de sa femme, il la saisit au cou. „Si je ne vis plus, personne ne te saisira comme cela." Il rit cyniquement.

14 octobre: Le malade est transféré à la loge. Il a de multiples hallucinations visuelles et auditives: „Dans cette cheminée je vois le Diable." „Ce malade là m'a assassiné. Il m'a frappé avec un long couteau. Il m'a haché tout à fait. Donnez-moi un drap, sans cela j'exsangue."

15 octobre: il commence une phrase, touche la tête et ne sait plus ce qu'il veut dire. „Là-bas je vois le Diable". Il prend une feuille de papier et en murmurant: „Intelligenzprobe durchgeschnitten", il écrit:

„Sterben" (mourir)

Alors il parle lentement: „Je suis déjà dans l'alcool Je ne l'ignore pas. Les fourbes là-bas m'ont tué."

16 octobre: Il ne parle pas. Etat général très mauvais.

18 octobre: A 5 heures du soir, il meurt.

Autopsie.

Diagnostic d'autopsie: Tuberculose ancienne plastique des séreuses, symphyse pleurale double, fibreuse à gauche, fibro-caséeuse à droite. Symphyse fibreuse cardio-péricardique. Tuberculose pulmonaire bilatérale discrète.

Pas de cancer des voies biliaires.

Voici le cas qui présente dans son ensemble des points intéressants dignes d'être relevés.

Au premier abord, avant d'entrer dans une critique détaillée, on croirait se trouver devant une folie systématisée; devant cette entité morbide, dont Régis et Krae pelin ont magistralement donné les caractères.

Rappelons vite les termes dans lesquelles Régis a résumé cette vésanie:

„Les folies que nous appelons folies systématisées essentielles se résument en une seule et même vésanie, qui, dans sa forme normale, présente une évolution typique en trois périodes:

1° Une période d'inquiétude ou d'analyse subjective (folie hypocondriaque);

2° Une période d'explication délirante (délire de persécution, délire religieux, érotique, politque, jaloux);

3° Une période de transformation de la personnalité (délire ambitieux).

Nous l'appelons pour ce motif: Folie systématisée progressive (ce qui correspond à la paranoïa chronique primitive tardive de Kraepelin)."

Puisque la manière d'examen psychiatrique ne se contente plus, à l'heure actuelle, à l'instar de la vieille méthode, de la séparation des symptômes et syndromes, nous allons surtout envisager les éléments étiologiques, le mé-

canisme, la complexité de la maladie, la durée, la façon de l'évolution et du déclin morbide. Pour aboutir il faut ajouter à l'analyse des particularités cliniques des investigations psychologiques et psychophysiques.

Si nous séparons les phases morbides selon la terminologie de Régis, citée plus haut, on peut fixer — en nous appuyant toujours sur les renseignements de sa femme — le début manifeste de psychose au jour de Noël.

Depuis l'opération du mamelon gauche, lorsque les chirurgiens lui disaient qu'il avait un cancer, cette idée de maladie — fatale et inéluctable — le hantait et donnait lieu à „l'analyse subjective" (Régis), longtemps latente, mais qui devint manifeste pour son entourage lors de son apogée, par une tentative de suicide. C'est la mort imminente par le cancer qui constitue l'axe de la „folie hypocondriaque" (Régis).

On peut, par conséquent, conclure, que cette période première de „folie hypocondriaque" durait depuis le mois de janvier 1917, dès l'opération du sein jusqu'au début de 1921, avec un climax pendant la Fête de Noël 1920.

C'est alors, à la clinique médicale B, le 25 juillet, que devint évidente la seconde période „d'explication délirante" par des idées délirantes de persécution et de jalousie.

Nous serions donc, à l'heure présente, enface de la deuxième phase de la vésanie, dite paranoïa — si vraiment le cas était compatible avec cette limitation et précision du cadre de la paranoïa de Kraepelin.

On voit bien que les syndromes, séparés schématiquement, seraient calqués — trait sur trait — sur le modèle paranoïen vrai, si on faisait abstraction des données étiologiques et du mécanisme.

Avant cette besogne de critique étiologique et pathogénique, il faut discuter la complexité de la maladie.

C'est là toute la difficulté du cas. Elle réside dans le fait, que nous nous trouvons devant une psychose et des somatoses combinées; autrement dit: une complexité de psychose et somatose.

Il est tout naturel de présumer que des correlations existent dans cette complexité.

Beaucoup d'auteurs admettent que des maladies somatiques peuvent créer des troubles psychiques. **Esquirol, Morel, Griesinger, Trousseau,** citent même des cas, où le cancer serait „une cause directe de folie", Elsholz et Mariotte émettent l'opinion que dans ces cas — de tuberculose sive cancer et psychose combinée „il ne s'agit pas de folie, de vésanie, mais de troubles psychiques toxi-infectieux".

C'est surtout Mariotte, élève de Régis, qui a étudié les troubles psychiques du cancer. Voici ce qu'il en dit, en substance:

Dans ses traits généraux l'état mental du cancéreux est fait

> d'asthénie psychique avec prédominance d'aboulie de diminution de la volontée" —
>
> Sur ce fonds mental viennent se greffer des **idées tristes,** mélancoliques même, de l'anxiété, une sorte **d'hyperaffectivité,** ou souci exagéré des autres.
>
> A côté de l'intoxication, cause primordiale de ces symptômes, la prédisposition, l'effet moral, la douleur, la chronicité de la maladie, le siège du mal. ont aussi leur influence, variable suivant les sujets et suivant les cas, sur l'état mental des cancéreux. L'intervention opératoire peut amender ou faire cesser les troubles psychiques, comme aussi déterminer l'apparition de véritables psychoses.

Parmi ces psychoses, dues à la toxi-infection cancéreuse l'auteur cite particulièrement la forme mélancolique avec des idées hypocondriaques et de persécution.

Cependant pour notre cas il n'est pas nécessaire d'expliquer la psychose avec des idées de persécution par une toxi-infection, il est plus vraisemblable que le cancer intervient psychogéniquement, à procréer la psychose de notre malade.

Afin de résoudre ce problème, entamons les moments étiologiques et le mécanisme.

D'après tous les auteurs c'est idée délirante qui est l'essence de l'image clinique des états paranoïdes. Mais dans notre cas, avons-nous, à vrai dire, au début, des idées délirantes?

La définition de l'idée délirante contient comme propriété indispensable, qu'„elle est contraire à l'évidence des faits réels" (Régis). Or, la première phase, le „délire hypocondriaque" de notre malade est surtout caractérisé par l'idée qu'il a un cancer, que ses maladies multiples (otite, pleurésie, rhumatisme articulaire) devraient fatalement aboutir à le tuer. Les maladies, qui sont le fond de ses idées tristes, sont des réalités, donc nous n'avons pas des idées délirantes, mais ce que Wernicke a appelé des idées prévalentes, se groupant autour des faits.

La psychologie normale pourrait suffire à expliquer le mécanisme. Voilà un homme à qui on a dit: Tu as un cancer! — Il voit les opérations successives, il voit l'application des rayons, intelligent toujours: n'est-il pas par trop compréhensible, que tel homme s'occupe constamment de son sort, quil analyse, qu'il s'inquiète, qu'il est hanté par sa fin fatale? Doit-on parler de „folie ou délire hypocondriaque" dans un cas, où le mécanisme de naissance d'une idée, soi-disante délirante, est psychologiquement justifié, est, ce que les Allemands appellent „einfühlbar" (traduction: peut-être corressenti). Plus encore, n'est-il pas plutôt anormal, qu'un homme, qui est torturé par une telle abondance de maladies graves et mor-

telles, ne soit pas en proie à des idées prévalentes pareilles?

Aussi pourrait-on expliquer le fait que sa femme a, pour la première fois, constaté sa maladie mentale à l'occasion de son tentative de suicide.

L'introduction des lois de la psychologie normale dans l'appréciation de complexités morbides et cliniques est bannie de la psychiatrie moderne. Nous sommes loin de l'époque, où la „Moral insanity" (l'aliénation sensuum — Gemütswahnsinn) était définie comme „étant une dissociation du pouvoir intellectuel et de la perception de la vérité morale, qui normalement concordent." (that intellectual power and the perception of moral truth do not necessarily exist in the same degree in the same person.) (Manuel of psychological Medecine John Charles Bucknil.)

Là, toute la conception est psychologique.

Or, notre cas, qui, comme on a pu voir plus haut, ne saurait pas être classé chez les paranoïas vraies, se rapproche plutôt de ces formes pathologiques que Friedmann a décrit sous la dénomination de „Milde Paranoïaformen" (paranoïas frustes"). Cet auteur admet en effet, dans ces formes spéciales de „paranoïas frustes" une „base psychologique". Il est vrai, que la génèse des idées délirantes s'effectue „sous des circonstances et des aspects simples", notamment chez des femmes ou des jeunes filles entre 30—40 ans. Ce serait une grave déception ou un dommage considérable qui en est la cause. Mais les idées délirantes restent exclusivement dans „la méme chaîne de pensée". Les hallucinations sont très rares. Pendant la maladie „l'affectivité reste passionnée". Et c'est avec le déclin graduel de l'affectivité que l'ensemble morbide diminue et disparaît.

Friedmann conclut que le développement psychologique des idées délirantes est bien manifeste, le jugement critique reste intacte et finalement la guérison s'installe

par le déclin de l'affectivité, „Abklingen des Affekts" („paranoïa systématisante fruste"). L'évènement, bien déterminé et susceptible de susciter des désordres mentaux n'est pas seulement la cause des idées délirantes, mais aussi l'unique objet de la chaîne des idées anormales. L'idée gardera, par conséquent, l'importance d'une idée prévalente, qui s'éteind quand la cause cessera.

Friedmann met cette psychose sur le même plan que la folie quérulante curable. Dans l'évolution délirante, la base de la réalité et la voie logique de l'interprétation persistent. L'appréciation seule est pathologique. Des preuves et des confirmations surgissent, mais pas des néoformations. Pour l'étiologie de ces cas, l'auteur émet l'hypothèse de l'association d'un caractère anormal ou d'une hérédité vésanique avec une augmentation de l'affectivité. Ce qu'il faut surtout mettre en évidence, c'est que Friedmann attribue ces formes à des facteurs psychiques, la paranoïa vraie à des facteurs somato-cérébraux.

Selon Friedmann cette „paranoïa fruste endogène" est curable, si la maladie maintient toujours le caractère de réaction directe sur une cause externe donnée, ou selon Wernicke, s'il n'en resulte qu'une seule idée fixe ou prévalente, autrement dit, si elle ne manifeste nulle tendance à lexpansion. L'importance primordiale de l'affectivité dans le processus morbide s'affirme par le fait que la disposition intellectuelle pour les idées délirantes peut persister et que la conviction peut durer. Mais l'état psychique et la façon de se manifester dépendent entièrement de l'affectivité.

Friedmann résume ses observations en stigmatisant pour la paranoïa fruste:

1° Une génèse endogène des idées délirantes.
2° Une continuité dans les idées.
3° Une coordination précise avec l'extérieur réel.

4° Perstistance de la logique dans l'idéation.
5° Troubles du jugement de nature affective ou suggestive.

Il est de toute évidence que notre cas est très proche des faits cités par Friedmann. Car, si dans l'entité morbide de la paranoïa „un système d'idées délirantes se forme **lentement**, qui reste stable et inébranlable, avec une conservation parfaite du jugement et l'ordre dans la voie idéatoire, nous constatons par contre, comme dans les cas de Friedmann, que

1° La formation n'est pas lente;

2° Les idées délirantes ne sont pas durables et inébranlables;

3° Pendant des jours et des semaines l'état mental est tellement normal et régulier que les processus paranoïdes et les idées délirantes ne se montrent que temporairement pour quelques jours, pour être, après cet „accès", infirmées par la critique du malade même.

4° La génèse et l'intensité des idées délirantes dépend intimement de l'ensemble affectif, si bien que les jours où l'état général somatique est bon il n'y a pas d'idées délirantes, parallelisme frappant et presque constant.

La manière d'interprétation paranoïde ne repose donc pas sur des propriétés psychiques néoformées, mais „sur des anomalies primaires mentales", arrivant par des conditions d'irritation psychique à une éclosion plus prononcée.

Wernicke a également décrit un syndrome pareil qu'il a appelé „circumscripte Autopsychose".

Kraepelin accepte aussi l'importance de l'affectivité, attribuant la guérison dans la paranoïa — du reste très rare — à la diminution de l'affectivité.

Son élève, Schneider, va encore plus loin, en expliquant les troubles du jugement par l'affectivité perturbée préalablement.

Pour le mécanisme, le rôle des „émotions profondes", des „coups du sort", des „traumatismes de la vie" n'est pas limité ici à l'importance de cause adjuvante, mais bel et bien étendu à l'importance de cause déterminante. Si, au contraire, on admet une prédisposition spéciale comme cause déterminante, créant une base spéciale d'idéomotricité, tout se dérobe à l'interprétation psychologique et ce ne peuvent être les „traumatisme de la vie", qui expliquent les „plaies mentales", mais des processus, non accessibles ni à nos investigations, ni à notre appréciation, déterminés par la nature du terrain morbide — peut-être déclenchés par ces „traumatismes de la vie".

Or, la guerre a apporté beaucoup de cas témoins, qu'il faut ranger dans le même cadre des psychoses affectives endogènes. Pour beaucoup d'auteurs les multiples émotions, angoisses, aspects terrifiants de la guerre ont agi comme causes directes, déterminantes de beaucoup de psychoses de guerre (Kriegspsychosen), chez des sujets où il n'y avait pas de tares héréditaires, sujets incontestablement sains. Jacoubowitsch déjà, dans la guerre russo-japonaise, a émis l'opinion, que la guerre peut agir par voie directe en causant des vésanies, et il appuyait cette opinion par une série de faits. Paul Jacoby d'Orel également fait l'observation „que les batailles modernes, terrestres et navales, par la soudaineté, l'étendue et l'horreur de leurs ravages agissent à la façon des catastrophes cosmiques, des tremblements de terre qui déterminent de véritables épidémies de troubles psychiques.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur le fait que la dernière guerre a fourni toute une littérature de cas pareils, de psychoses affectives endogènes.

Ce qui nous importe dans ces considérations, c'est de relever, selon Régis, le fait „que des conditions anormales,

des impressions extraordinaires, qui mettent la vie en danger, subitement et atrocement, peuvent à elles seules, sur un terrain sain, déterminer une psychose", voire un état paranoïde. Pour ces raisons on peut admettre une origine affective psychogène dans notre cas où il n'y a pas — il est vrai — des conditions extraordinaires agissant d'une façon brusque et horrible, mais des conditions extraordinaires également, une abondance de maladies somatiques mortelles et graves, qui se présentent dans toute leur cruauté inéluctable devant l'esprit lucide de notre malade et l'affectivité étant constamment soutenue dans une tension extrême.

Ces conditions extraordinaires agissent d'une façon chronique, les idées noires qui surgissent trouvent toujours et toujours une confirmation dans la réalité des faits morbides somatiques. Le foyer somatique verse toujours des bûchers dans l'incendie mentale.

L'hypothèse que, dans notre cas, les maladies somatiques, notamment le cancer, peuvent être la cause déterminante de notre psychose a beaucoup de vraisemblance. Tout plaide en faveur d'un

syndrome paranoïde causé par l'idée prévalente d'un cancer.

Pour l'étiologie de la paranoïa vraie, Régis et Kraepelin admettent que „chez elle, les causes adjuvantes n'interviennent guère. Les malades en ont reçu le germe en naissant et elle se développe sous l'influence de la moindre occasion". L'auteur italien del Greco la met sur le compte d'une „constitution paranoïenne".

L'opinion de ces auteurs vient à l'encontre de notre appréciation du cas présent. Voici un homme dont les antécédents familiaux sont lourdement chargés de maladies de la grande série arthritique:

Un frère (épilepsie)
Grand'mère (épilepsie)
Mère (asthme, lithiase biliaire).

Il est à présumer que les germes de tels ascendants sont vicieux, comportant un potentiel morbide arthritique très puissant. En effet, toute la vie de notre malade est une chaîne presque ininterrompue de rhumatisme, pleurésie, tuberculose, atonie et ptose de l'estomac, relevant de tares constitutionnelles.

Le côté somatique héréditaire présente donc une variété riche de résultats maladifs, dès la jeunesse.

Or, le côté psychique héréditaire ne montre nulle manifestation de réalité jusqu'à sa trentième année!

On pourrait en conclure que le potentiel morbide a été absorbé chez notre malade par des prédispositions pathologiques d'ordre somatique et que les forces évolutives vésaniques sont restées faibles ou nulles. Le fait que malgré une hérédité éminemment chargée, celle-ci ne produit autre effet, qu'une vésanie tardive, peut également nous inciter à rejeter dans notre cas „la constitution déterminante paranoïenne".

Il y a encore une autre présomption qui appuye la dernière hypothèse. D'après Kraepelin „le germe de la maladie se développe sous l'influence de la moindre occasion. Chez notre cas, la malade atteint l'âge de trente ans, il résiste aux injures de la vie journelle, il supporte les discordances conjugales, il surpasse — sans tare mentale — beaucoup de maladies, notamment des troubles de digestion et des rhumatismes articulaires, il subit la guerre, la plus angoissante, il fut soldat et destiné d'aller au front — et rien ne se montre qui évoque l'idée d'une psychose. Ce ne sont pas là des „occasions moindres", ce sont des occasions importantes qui ont suffi chez des sujets sains, non chargés, non tarés, à provoquer des maladies mentales. Chez lui, rien de pareil. Ce n'est alors que l'opération du cancer, qui fut le point de départ des idées délirantes.

Ce serait en fin de compte l'ensemble affectif, ébranlé par la complexité somatique morbide, qui entrerait en

action pour la génèse de l'état paranoïde. Voici ce que Bleuler dit sur la génèse des idées délirantes: „Sous l'influence d'une affectivité chronique (l'affectivité qui est en rapport avec le complexus) des erreurs naissent selon le mécanisme tout à fait pareil au processus des sains, excités mentalement. La chose pathologique consiste en le fait que ces erreurs deviennent irréparables et s'élargissent. Nous ne savons pas encore quelle est la base de ces états. Il peuvent avoir une base anatomique, chimique, mais ils peuvent être fonctionnels, l'affectivité étant augmentée dans une direction donnée, en persistant trop longtemps, ou l'Affekt" étant constamment soutenu par des circonstances particulières, par „une rupture dans la vie". Une disposition héréditaire est encore à démontrer.

CONCLUSIONS.

Nous pouvons diviser les délires paranoïdes d'après leur étiologie, en 3 grands groupes:

1) Groupe des délires paranoïdes, reposant sur des lésions anatomiques, si minimes soient-elles, se rapprochant des paranoïas vraies.

2) Groupe des délires paranoïdes toxiques. L'état paranoïde est la conséquence directe de l'influence chimique. Le cerveau est frappé par l'action toxique comme toute autre partie de l'organisme. Il est dans ce cas un symptôme de l'intoxication.

3) Groupe des délires paranoïdes d'origine purement psychique et endogène. Le grand agent pathogène est dans ces cas l'affectivité, l'idée prévalente, se basant sur la sensation du préjudice, de la „rupture dans la vie" („Minusgefühl" des auteurs de langue allemande). Dans ce grand groupe nous pouvons classer toutes les folies, ayant comme point de départ l'idée prévalente d'un amoindrissement subi, comme cela se voit dans beaucoup de formes de la folie quérulante et dans le délire de préjudice „Beeinträchtigungswahn".

Notre cas est assimilable au troisième groupe de délires paranoïdes. La sensation du préjudice est créée dans la conception du malade par l'idée prévalente de la mort fatale et inéluctable, aboutissant de ses maladies somatiques. Les maladies somatiques n'engendrent pas chez notre malade le délire paranoïde par intoxication des cellules cérébrales, mais elles créent la sensation du

préjudice et cette idée prévalente — action psychique par excellence — est le point de départ d'un syndrome paranoïde. Les maladies somatiques ne sont pas la cause directe de l'état paranoïde dans notre cas, mais elles lui donnent l'image clinique, la forme des idées délirantes, l'individualité des manifestations.

Vu: le Doyen
G. WEISS.

Vu: le Président de la thèse
Prof. PFERSDORFF.

BIBLIOGRAPHIE.

1. **E. Régis:** Précis de Psychiatrie. Paris 1914.
2. **Esquirol:** Traité des maladies mentales, 2me vol. Paris 1838.
3. **Morel:** Traité des maladies mentales. Paris 1860. Etudes cliniques sur les maladies mentales, 2me vol. Nancy 1851—1852.
4. **Mariotte:** Thèse de Bordeaux 1907.
5. **Rogues de Fursac:** Manuel de psychiatrie, 4me édition, Paris 1911.
6. **G. Dieulafoy:** Manuel de pathologie interne, Paris 1918.
7. **John Charles Bucknil:** Manuel of psychological Medecine, London 1854.
8. **Bleuler:** Die Entstehung der Wahnideen, Zürich 1906.
9. **Wernicke:** Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen, II. Auflage 1906.
10. **Kraepelin:** Psychiatrie, 8. Auflage 1909.
11. **Friedmann:** Weiteres zur Entstehung der Wahnideen und über die Grundlage des Urteils. Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 1897, 5. Heft. Milde Paranoïaformen, Berlin 1906.
12. **Griesinger:** Gesammelte Abhandlungen. Berlin 1872.